児童手当・特例給付　受給事由消滅届

※市処理欄	※受付確認年月日
システム入力 年　月　日済 担当者確認 年　月　日済	

糸魚川市長　様

提出年月日	令和　年　月　日

受給者	（フリガナ） 氏　名		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	住　所	〒　－ 糸魚川市 電話　－　－		

消滅した受給事由 （該当するものを○で囲んでください）	1．受給者が日本国内に住所を有しなくなった　（出国先　）
	2．受給者が他の市町村（特別区を含む）に転出した　（市町村名　）
	3．受給者が児童と別居することとなった（単身赴任の場合を除く）
	4．未成年後見人でなくなった
	5．父母指定者でなくなった（児童の生計を維持する父母等の帰国）
	6．児童について、次の事実が生じた （対象となった児童の氏名：　） ①　死亡した ②　監護しなくなった ③　生計を同じくしなくなった ④　生計を維持しなくなった ⑤　日本国内に住所を有しなくなった（留学を理由とするものを除く） ⑥　里親等への委託又は児童福祉施設等への入所 ⑦　その他（　）
	7．その他（　）

消滅事由の発生した年月日	令和　年　月　日

※備考		※消滅	□　口座確認　□　現況届 □　世帯全員転出　□　転出案内 消滅年月日 年　月　日 年　月分まで支給

※印の欄は、記入しないでください。
字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。